

ALLA DIREZIONE PROVINCIALE DEL LAVORO
U.O. Provvedimenti Amministrativi
Via L. Marini n. 7/B
ASCOLI PICENO

La sottoscritta nata a.....
il..... residente a Via
n. telefono Domiciliata in Via.....
Alle dipendenze della Dittacon sede in
Via dal
Presso la quale svolge mansioni di
Assunta a tempo indeterminato/determinato con scadenza il
Trovandosi nelle condizioni descritte al punto

1. condizioni previste dall'art. 17, co. 2° lett. a) del D.Lgs. n. 151/2001 per gravi complicanze della gestazione;
2. condizioni previste dall'art. 17, co. 2° lett. b) del D. Lgs. N. 151/2001 per le condizioni di lavoro o ambientali, pregiudizievoli al suo stato di salute per il seguente rischio:
.....;
3. si trova nell'impossibilità di essere spostata ad altra mansione (come da dichiarazione del datore di lavoro – DA ALLEGARE -)

C H I E D E

L'INTERDIZIONE ANTICIPATA DAL LAVORO CON DECORRENZA:

DAL AL

Allegare alla presente **CERTIFICATO MEDICO IN ORIGINALE redatto dalla ASL o da struttura delegata – riportante diagnosi, prognosi, mese di gestazione alla data della visita medica e data presunta del parto.**

Dichiara, inoltre:

- A) di non essere attualmente sospesa dal lavoro, per cassa integrazione guadagni (ordinaria o speciale) o per mobilità;
- B) E'/NON E' stata autorizzata da codesta Direzione durante la gravidanza in atto.

Data

Firma
